UNIVERSITÉ PARIS-VI

FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

ANNÉE 1973

N° 92

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Nicole BONTEMPS

Née le 30 Septembre 1944 à Bagneux (92)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS D'ACTINOMYCOSE CHEZ UN ENFANT DE SIX ANS

Président de Thèse : Monsieur Robert LAPLANE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6e

1973

UNIVERSITÉ PARIS-VI

FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

ANNÉE 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Nicole BONTEMPS

Née le 30 Septembre 1944 à Bagneux (92)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS D'ACTINOMYCOSE CHEZ UN ENFANT DE SIX ANS

Président de Thèse : Monsieur Robert LAPLANE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS 6e

1973

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon père

A ma mère

En hommage à leur courage et leur bonté

Que je remercie pour m'avoir permis de
poursuivre de longues études

Avec toute ma gratitude et mon affection

A ma tante, à mon oncle

A toute ma famille

A tous mes amis

A la mémoire de Paulette TESTÉ

A la mémoire du Docteur APKARIAN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548020_0003

A Monsieur le Professeur LAPLANE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour son enseignement et
pour la bienveillance qu'il nous a témoigné

Au Docteur LASFARGUES

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse

Que je remercie pour son enseignement vivant et plein d'expérience

Au Docteur BEGUÉ

Qui nous a conseillée lors de l'élaboration de cette thèse

Avec nos remerciements

A Monsieur le Docteur TUPIN

Avec notre reconnaissance pour l'enseignement

et les conseils qu'il nous a donnés

En témoignage de notre gratitude

A Monsieur le Docteur PIGOT

A Monsieur le Docteur STEINSCHNEIDER

A mes Maîtres d'Externat

le Docteur LACOUR

le Professeur PATEL

le Professeur KOURILSKY

le Professeur MAURICE

le Professeur BASTIN

le Professeur LAPLANE

le Professeur MORIN

le Professeur ALAGILLE

Aux membres de leur service

Assistants et Chefs de clinique

Internes

Personnels hospitaliers

Pour ce que j'ai appris auprès d'eux

A PROPOS D'UN CAS D'ACTINOMYCOSE

CHEZ UN ENFANT DE SIX ANS

-:-

INTRODUCTION

L'actinomycose thoracique est presque exclusivement due à l'actinomyces israeli. On observe dans le pus la formation de grains jaunes ou blancs assez évocateurs d'actinomycose.

Il s'agit d'un micro-organisme de taille importante de quatre à six µ de long sur 0,8 à 1 µ de large. Il se présente sous forme de bâtonnets gram positif, sans spores, ni cils, immobile, non acido-résistant. L'aspect est assez polymorphe, dans la forme typique : c'est un bacille filamenteux, ramifié, possédant des renflements terminaux (massues) de 1,2 à 1,5 µ de large ; dans les formes typiques, la forme prédominante est un bacille diphtéroïde formant des petits amas et les ramifications sont rares.

Au point de vue biochimique c'est un anaérobie strict, peu réducteur, ne détruisant pas les nitrates, non protéolytique, produisant de l'acétone et des acides acétiques, butyriques et lactiques. Il produit une hémolysine. L'isolement et la culture doivent être faites en tenant compte du caractère anaérobie de ces bactéries. La culture est faite en tube de gélose profonde ou culture sur boîte en présence d'oxyde de carbone et en anaérobiose (vide, hydrogène, catalyseurs). Ces milieux sont additionnés de sang ou de sérum.

Parmi les localisations de l'actinomycose :

- la localisation cervico-faciale est la plus fréquente (50 à 60% des cas). Elle se produit le plus souvent à partir d'un gite bucco-dentaire ou amygdalien. Cliniquement, il s'agit essentiellement d'un gonflement au niveau de l'angle maxillaire inférieur ou de la région parotidienne. Cette tuméfaction a tendance à envahir les plans profonds. Les périostites sont rares.

- les formes oculaires semblent augmenter depuis quelques années. Le plus souvent, il s'agit d'une dacryocanaliculite : c'est-à-dire une canaliculite localisée à un seul canalicule, se traduisant cliniquement par un larmoiement unilatéral et persistant, avec inflammation conjonctivale localisée à l'angle interne .

- Les localisations neurologiques : un certain nombre de localisations (abcès) ont été décrites avec localisations méningées. L'atteinte méningée isolée sans atteinte cérébrale est rare.

- Les formes vertébrales semblent toujours secondaires à une localisation thoracique, mais aussi cervicale ou abdominale. Les disques sont rarement touchés.

- Les formes abdominales sont : soit à point de départ primitif, appendice infecté et surtout perforé, une cholécystite mais le plus souvent la localisation est due à l'extension de lésions thoraciques ou pleuropulmonaires.

- Des formes particulières ont été décrites notamment des localisations hépatiques qui se traduisent le plus souvent cliniquement

par un tableau d'infection septique. Cette localisation est en général secondaire à une forme respiratoire.

- La localisation urogénitale demeure relativement rare.

L'actinomycose respiratoire tient cependant une place importante (15 à 22% des cas d'actinomycose selon les auteurs), par ses différentes manifestations et les difficultés diagnostiques qu'elle pose.

Rare chez l'enfant puisque nous n'avons retrouvé que peu de cas dans la littérature.

Fréquente chez les adultes d'âge moyen, selon les auteurs, elle touche indifféremment hommes et femmes, pour d'autres il existe une prédominance masculine. Les circonstances déclenchantes sont variables. Il est souvent mentionné un état buccopharyngé défectueux, ou l'actinomycose survient au décours d'extraction dentaire. Elle apparaît parfois sur un terrain particulier : tuberculose, bronchite ancienne ou après un traumatisme thoracique. Le début peut être aigu, mais il semble cependant que la forme subaigue soit la plus fréquente. Parfois un point de côté survient après une période de toux et de fièvre, ailleurs un simple endolorissement thoracique justifie une consultation. Il peut s'y associer ou non une dyspnée, une toux le plus souvent sèche, puis purulente. L'expectoration est non fétide dans le cas d'une actinomycose pure typique. Elle contient rarement des grains jaunes ou blancs.

A ces signes locaux, s'associent une asthénie, un amaigrissement

une altération de l'état général.

Les signes physiques sont variables : l'examen pulmonaire peut être normal au premier abord. On trouve le plus souvent un syndrome de condensation, puis une atteinte pariétale avec une tuméfaction inflammatoire, parfois une fistule y est associée. Il n'existe aucune image radiologique typique pouvant faire évoquer une actinomycose. Il peut s'agir d'images excavées de suppuration, d'opacités nodulaires de type broncho-pulmonaire, uni ou bilatérales, des foyers de condensation plus ou moins étendus pulmonaires, ou médiastino-pulmonaires. Des formes miliaires ont été exceptionnellement décrites. La localisation basale semble être la plus fréquente. Le poumon droit est le plus souvent atteint. Il s'y associe fréquemment une atteinte pleurale et une atteinte costale. L'image est bilatérale dans 1/3 des cas. Ce sont les formes pleuro-pulmonaires qui dominent. S'il n'y a pas d'image spécifique, les auteurs américains accordent de l'importance aux signes suivants :

- L'extension de la lésion pulmonaire à partir de la paroi thoracique.

- La pénétration de la lésion pulmonaire à travers la fissure interlobulaire.

- Devant l'aspect de la lésion vertébrale.

En fait, tout infiltrat pulmonaire chronique avec cavité et réaction pleurale est suspecte.

La biologie apporte assez peu de renseignements sinon une anémie, une hyperleucocytose entre I0.000 et 20.000 avec polynucléose neutrophile entre 75 et 80%. La vitesse de sédimentation est le plus souvent très élevée (environ I00 à la première heure).

En l'absence de traitement, la maladie évolue d'une façon chronique, avec extension locale aboutissant à la formation de fistules pariétales ou avec une localisation à distance : métastases (héapatiques, cérébrales). Mais surtout, il s'agit d'un envahissement local de la paroi thoracique (abcès froid sous mammaire et sous-claviculaire - abcès froid costal ou ostéites vertébrales). En cas d'ostéite vertébrale, on observe radiologiquement une raréfaction osseuse irrégulière entourée d'ostéosclérose, mais il n'y a pas d'atteinte du disque intervétabral. Au niveau des côtes la maladie débute par une périostite donnant une image caractéristique. En raison des différents aspects cliniques et radiologiques, deux diagnostics sont le plus souvent posés : celui d'une tuberculose pulmonaire, ou d'un carcinome bronchique dans les formes pseudo-tumorales. L'examen bactériologique est donc capital. Il se fait, soit à partir d'une biopsie ou résection chirurgicale, du pus, des fistules ou des ponctions, soit des sécrétions. On doit rappeler le caractère trompeur des sécrétions. Des examens directs peuvent mettre en évidence des filaments Gram positifs caractéristiques. On sait que ces bacilles peuvent être des saprophytes de la cavité bucco-pharyngée. Par ailleurs, il est des cas de cultures trompeuses où l'on met en évidence le bacille alors qu'il s'agit d'un abcès banal.

L'étude anatomique des lésions donnent les résultats suivants : Pour les lésions broncho-pulmonaires, macroscopiquement le poumon atteint est occupé par une masse blanchâtre plus ou moins volumineuse, dense dans la région médiastino-hilaire. Elle s'étale sans limite nette dans le parenchyme pulmonaire sous forme de travées blanchâtres et nacrées dont les terminaisons demeurent plus ou moins éloignées du cortex ou de la plèvre. Ce bloc fibreux n'est pas homogène. Il existe des nodules jaunâtres avec de petits foyers suppurés, avec des abcès plus ou moins gros et plus ou moins aréolaires. La culture met en évidence le bacille sous sa forme caractéristique. Donc au niveau des lésions broncho-pulmonaires, la sclérose est le fait dominant. Elle est en partie mutilante dans la mesure où elle circonscrit les foyers suppurés parenchymateux. Au niveau des bronches il existe une fibrose systématique parsemée et précédée de foyers suppurés. Au niveau des lésions pleurales, il peut s'agir d'un empyème de la grande cavité limité par une coque fibreuse. La plèvre est symphysée le plus souvent et remplacée par une coque scléreuse de grande épaisseur dans laquelle sont engainés des foyers purulents contenant des grains jaunes. Cette pachypleurite est localisée soit au niveau de la face diaphragmatique, ou coiffe le lobe supérieur.

Le traitement est médical, intensif et prolongé. Ce n'est qu'à partir de l'apparition des sulfamides et de la pénicilline que l'actinomycose a eu son pronostic transformé, puisqu'en 1922 il y avait 80% de mortalité. Les traitements utilisés étaient : thymol; radiothérapie, iode, radium. Actuellement le germe est sensible aux

sulfamides, à la pénicilline, aux tétracyclines, chloromyétine. On utilise le plus souvent deux antibiotiques en association : pénicilline, streptomycine, puis pénicilline et sulfamide. Le traitement d'attaque doit être massif, pénicilline à fortes doses intraveineuses. La durée est variable selon les auteurs, en moyenne un mois avec streptomycine intra-musculaire, puis le relais est pris par une pénicilline orale associée à une sulfamide. Le traitement doit être prolongé au moins pendant dix-huit mois pour éviter les rechutes. La guérison n'est acquise qu'avec un recul de deux ans. La place de la chirurgie dans l'actinomycose pulmonaire est variable : Lorsque les lésions sont au stade de collection suppurée, viscérale et pariétale, le drainage, la mise à plat, le débridement des trajets fistulés sont indiqués. Les interventions majeures sont justifiées dans le but diagnostic, soit lorsque persistent des lésions résiduelles de pyosclérose après traitement médical bien conduit. L'exérèse de ces foyers peut seule mettre à l'abri des récidives. Ces interventions sont souvent difficiles car intéressant aussi bien le poumon, la paroi ou le médiastin.

RESUME DE L'OBSERVATION

L.... Laurent, né le 05.07.65, entre dans le service le 09 juillet 1971.

Aucun antécédent particulier n'est retrouvé. L'enfant est né au terme de 8 mois, le poids de naissance est de 2 kg.850. Le développement psycho-moteur est normal. Il marche à 17 mois.

Toutes les vaccinations sont faites, excepté le B.C.G.

Il n'y a aucun antécédent familial, les parents et les trois soeurs sont bien portants.

Le début de la maladie se situe vers la mi-juin 1971 . L'enfant fait alors une chute et se plaint de douleurs de l'épaule gauche et de la région thoracique supérieure gauche. Le 05 juillet, la mère constate une tuméfaction de la face postérieure de l'épaule gauche. L'enfant est alors vu par le médecin traitant qui constate :

- Une masse ferme douloureuse du creux axillaire gauche, de la fosse sus-épineuse et de la fosse sous-claviculaire gauche.
- A la radiographie du thorax, on observe une opacité dense occupant les deux-tiers supérieurs de l'hémi-thorax gauche.

L'enfant est alors adressé dans le service pour de plus amples investigations.

L'examen de Laurent à son arrivée le 09.07.71 :

L'enfant est très fatigué, pâle, amaigri (17 Kg,I00 pour une taille de Im,12 chez un enfant âgé de six ans). On est frappé par son attitude, le bras gauche collé au corps, qu'il mobilise avec précautions. Il souffre lorsqu'on l'examine.

L'examen thoracique montre d'emblée une masse déformant l'épaule gauche (mesurant 7 cm sur 5). Elle siège à la partie supérieure de l'hémi-thorax gauche - atteignant le creux sus-claviculaire. Elle est chaude, sans rougeur locale au début de l'hospitalisation, et douloureuse à la palpation. Une autre masse du creux axillaire gauche, de la taille d'un oeuf de cane sera pris au début pour un adénopathie. Ces masses sont assez volumineuses, fermes, douloureuses à la palpation, légèrement mobiles mais n'adhérant pas aux plans profonds, non fluctuante.

A l'examen thoracique :

La fréquence respiratoire est à 40. Il n'y a pas de toux. L'examen de l'hémi-thorax droit est normal. A gauche, à la percussion on trouve une matité douloureuse de la moitié supérieure gauche. Le murmure vésiculaire est aboli dans cette zone. La base pulmonaire respire bien.

A l'examen abdominal, le foie déborde d'un travers de doigt le

rebord costal, sensible et même un peu douloureux à la palpation. La rate déborde un travers de doigt le rebord costal. Le reste de l'examen cardiaque, neurologique est normal.

Il n'y a pas de prurit, pas de douleurs osseuses. La gorge est propre, il n'y a pas de caries dentaires.

Au total : il s'agit d'un enfant âgé de six ans, adressé pour une masse du creux axillaire, sus-épineux et sous-épineux et sous claviculaire avec matité de l'hémi-thorax gauche. Par ailleurs l'asthénie, la pâleur, la fébricule et la légère hépatomégalie donne une impression de gravité clinique.

Les examens complémentaires demandés pour étayer le diagnostic donnent les résultats suivants :

La numération formule sanguine : 4.180.000 globules rouges, une hémoglobine à 6 g.5. L'hématocrite est à 31%. Les réticulocytes à 2,5%. Il existe une hypperleucocytose à 24.000 globules blancs dont 67% de polynucléaires neutrophiles. Il y a 680.000 plaquettes. La vitesse de sédimentation est accélérée, 85 à la 1ère heure, 120 à la 2ème heure. Le myélogramme fait en iliaque postérieur : La moelle très riche est polymorphe, avec une hyperplasie de la série granuleuse qui est un peu dysmorphique (abondance de granulation) éosirophilie légère. La lignée érytroblastique est de richesse normale, discrètement macrocytaire, lymphophénie modérée. Nombreux mégacaryocytes et amas plaquettaires. Au total la moelle est riche avec une hyperactivité granuleuse, apparemment sans cellule maligne.

Les nouvelles radiographies thoraciques :

L'opacité de la moitié supérieure de l'hémi-thorax gauche qui refoule le médiastin, présente toutes les caractéristiques d'une masse d'origine extrapleurale ; il y a une bonne limitation côté pulmonaire angle de raccordement paréctal émoussé, absence de bronchrogramme aérien. On note une atteinte osseuse : - lyse de la 2ème cote gauche surtout dans la partie postérieure, dédoublement de la corticale de l'arc moyen des 2ème, 3ème, 4ème, 5ème côtes avec gonflement en regard des parties molles thoraciques. En conclusion, une lésion à point de départ costal semble très probable, une érosion costale par une tumeur de voisinage parait moins probable. Un sympathoblastome paraît exclu du fait de la localisation actuellement antérieure. S'agit-il d'une atteinte costale primitive : soit réticulosarcome, soit lymphosarcome ? ou secondairement lymphosarcomatose ? rhabdomyosarcome ?

L'enfant est montré aux carcinologues qui sont d'accord avec l'hypothèse avancée : il s'agit d'une énorme tumeur : réticulocsarcome d'origine costale vraisemblable, mais les lésions osseuses sont plus évidentes habituellement.

On conseille alors de faire une biopsie avec examen extemporané avant d'envisager une radiothérapie à l'institut Gustave Roussy (on prévoit une irradiation large 4.500 roentgen au minimum). Parallèlement, les clichés du squelette ne montrent pas d'autre localisation osseuse. L'enfant demeure fébrile avec une température oscillant entre 38°5 et 37°5. Les masses augmentant de volume,

surtout la masse sus-épineuse gauche et sous-claviculaire gauche qui change de consistance, deviennent plus fluctuantes. Une rougeur locale apparaît et l'enfant est confié au chirurgien pour une biopsie, qui portera en fait sur la masse axillaire, supposée être une adénopathie :

Elle est faite le 22.07.72

Incision axillaire gauche en regard de la ruméfaction qui,semble fluctuante. Evacuation de plusieurs centimètres cubes de pus et de tissus nécrotique, biopsie de la coque ganglionnaire qui adhère à tous les tissus de voisinage.

La biopsie extemporanée de la coque semble montrer une prolifération de type lymphocytaire avec des cellules suspectes qui auraient pu renforcer la présomption de lymphosarcome.

En fait, on apprendra quelques jours plus tard qu'il ne s'agit que d'un aspect d'inflammation aigue, par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Le même jour (26.07.71), la culture de pus de cette masse a poussé sur milieux de Lowenstein, et l'on identifie un actinomycotes. D'autre part, l'examen anatomo-pathologique de la coque met en évidence des filaments mycéliens qui corroborent le diagnostic. On fait une ponction de la masse postérieure de l'épaule qui est alors très inflammatoire, rarement une quantité importante (30 ml) de pus chocolat ou un actinomycès Israéli sera isolé ultérieurement. Le diagnostic d'affection maligne est donc rejeté. On se trouve

devant une actinomycose thoracique, avec atteinte pleuro-costale, extériorisée dans le creux axilaire et dans le creux sous-claviculaire.

Un traitement antibiotique le 27.07.72 :

- 18 millions de pénicilline en perfusion (soit I million/Kg)
- 0,50 g. de streptomycine intra-musculaire.

L'évolution est alors spectaculaire ;

Au point de vue clinique.

L'enfant est apyrétique le 30.07.71, soit trois jours après le début du traitement. Les douleurs de l'épaule disparaissent rapidement. Les masses tumorales commencent à fondre. L'enfant reprend de l'appétit (500 g. en 15 jours).

Les examens complémentaires :

La numération formule sanguine le 12.09.71 : 4.920.000 glubules rouges, 12,80 g. Hémobline, II.I00 leucocytes (40% de polynucléaires neutrophiles, mais 21% d'éosinophiles).

La vitesse de sédimentation se normalise peu à peu, et radiologiquement : amélioration progressive.

En Septembre :

On arrête la streptomycine après 40 jours de traitement, qui est remplacée par 2 g. d'adiazine.

Cliniquement, l'enfant va bien. Il a repris 2 kg - plus d'anémie - la vitesse de sédimentation 10 à la 1ère heure, 29 à la 2ème

heure. Le bilan radiologique : une opacité du sommet gauche persiste, le parenchyme pulmonaire gauche sous-jacent normal, cependant, on note à l'examen de l'enfant la persistance de la déformation sus-épineuse gauche avec impression d'induration à la palpation profonde, non douloureuse. On demande une radiographie du rachis : il existe un pincement de $D_3 - D_4$ - séquelle d'une ostéite probable. L'enfant quitte le service le 29.09.72. Bon état général, il pèse 19 kg,500. Les clichés radiologiques sont en constante amélioration, mais il persiste une opacité apicale gauche.

Un traitement d'entretien est prescrit :

- 100 mg/kg d'ampicilline, soit 2 g par jour
- 2 g. d'adiazine

L'enfant est revu dans le service le 04.04.72. Il est toujours sous traitement antibiotique. Il n'a posé aucun problème particulier, bon aspect général, pèse 20 kg, pour 1m,12, soit une prise de 3 kg depuis le début de la maladie.

L'examen thoracique : cicatrice de la biopsie, à l' auscultation persiste à la face antérieure de l'hémi-thorax inférieur gauche des frottements pleuraux, témoins probables d'une symphyse pleurale. Les aires ganglionnaires sont libres. Il n'y a pas d'hépatomégalie. Le reste de l'examen est normal.

La radiographie thoracique montre la persistance d'une opacité apicale et latéro trachéale gauche, assez bien limitée avec quelques reliquats fibreux en rapport avec l'exploration de la poche antérieure. Le champ pulmonaire droit et la base gauche ont un aspect

radiologique normal. A la radiographie du rachis dorsal : il existe un pincement discal $D_3 - D_4$ séquelle de l'ostéoartrite. Les corps vertébraux de D_3 et D_4 en particulier, restent de hauteur normale, il n'existe aucune anomalie par ailleurs.

Au total : cinq mois après sa sortie, l'enfant va bien. Il ne reste qu'une opacité apicale gauche à la radiographie pulmonaire. L'enfant quitte le service avec un traitement d'ampicélline 2 g. par 24 heures.

Le traitement antibiotique a donc compris :

- 18 millions pénicilline-veineuse pendant 50 jours
- 2 g. de streptomycine intra-musculaire pendant 40 jours.

supplées par adiazine 2 g. et totapen 2g pendant 7 mois, puis totapen seul pendant 8 mois.

Cette observation est intéressante par son caractère exceptionnel chez l'enfant et surtout par les signes trompeurs pseudotumoraux, qui risquent d'égarer le diagnostic vers une affection maligne, privant alors le malade d'un traitement antibiotique massif urgent. Il est à souligner la survenue de la maladie quinze jours après un traumatisme thoracique. A l'examen clinique, aucune porte d'entrée infectueuse - en particulier, aucune carie dentaire n'est retrouvée. Cliniquement, dans notre observation, il s'agit donc d'une forme pseudotumorale faisant évoquer au premier plan un réticulosarcome.
Ce n'est que grâce à la biopsie que le diagnostic d'une affection inflammatoire a été posé, et c'est la culture systématique du pré-

lèvement qui portera le diagnostic définitif d'actinomycocés Israeli. Nous devons également insister sur la rapidité de l'efficacité du traitement antibiotique, associant pénicilline et streptomycine puis pénicilline et sulfamide - traitement qui doit être massif et prolongé.

Nous avons fait une revue de la littérature pour retrouver des cas semblables au nôtre et comparer la démarche diagnostique, l'évolution et la thérapeutique.

Nous rapportons ici les résumés des observations.

Observation N° I (Flymm)

Une jeune fille de 15 ans est adressée pour des douleurs thoraciques, de la fièvre, et une toux depuis environ 4 semaines. L'examen clinique montre une inflammation sous-cutanée de la région supra axillaire, axillaire et antéro supérieure droite, avec une matité de l'hémi-thorax droit et à l'auscultation pulmonaire des râles bronchiques. L'enfant est subfébrile. Les examens complémentaires montrent une anémie avec hyperleucocytose. La radiographie thoracique met en évidence une opacité du lobe supérieur droit, et des lésions au niveau des côtes supérieures droites avec une réaction périostée et des aires de destruction. On incise la zone inflammatoire supra axillaire. L'examen du pus met en évidence à la culture l'actinomycès et le diagnostic est alors fait. Un examen au lipiodol, montre une fistule avec plèvre. Le traitement antibiotique est entrepris : sulfamides avec radiothérapie. Neuf mois après le début de la maladie, apparaît une communication oesophago-trachéale. Par ailleurs, il se développe une cavité apicale droite avec des signes de fibrose pulmonaire, ainsi que des signes de destruction au niveau de l'épaule.

L'enfant est guéri avec une antibiothérapie double : sulfamides et pénicilline.

Observation N° 2 (Fréda M.Paul).

Une petite fille âgée de 8 ans, est adressée dans le service de pédiatrie pour douleurs thoraciques gauche existantes depuis deux mois et apparition depuis cinq jours d'une zone inflammatoire de la partie postérieure du lobe inférieur gauche. Les douleurs sont à type de pointes aggravées par la respiration. Par ailleurs,on note l'altération de l'état général, l'enfant maigrit depuis deux mois, est sub-fébrile. L'examen clinique à son arrivée : l'enfant est maigre, fébrile à 37°8, l'inspection montre une inflammation de la partie postérieure du poumon gauche. Il existe une matité de la base gauche. Les examens complémentaires mettent en évidence : une hyperleucocytose : 21.600 leucocytes dont 70% de polynucléaire à 97 à la 1ère heure. Les examens radiologiques montrent l'existence d'une opacité de la base gauche, mais il n'y a pas de lésion osseuse, en particulier costale. Le diagnostic est fait par l'examen du pus retrouvé à la ponction de la masse thoracique. Le traitement antibiotique est alors entrepris : pénicilline 200.000 unités toutes les six heures pendant un mois, puis le relais est pris par l'oracilline pendant un mois. Après deux mois de traitement, l'enfant va bien. L'examen clinique et radiologique.

o

Observation N° 3 (Fréda M.Paul)

Il s'agit d'un enfant de 6 ans, admis dans le service de pédiatrie pour lésions inflammatoires et bulleuses de la partie antérieure du thorax existantes depuis un an. Le traitement local appliqué par les parents, avait aggravé les lésions et apparaît un pus jaune suintant, un mois avant l'admission de l'enfant. Parallèlement il existe une toux depuis trois mois avec une expectoration jaune. La fièvre est d'apparition récente, cinq jours avant l'admission. L'examen pulmonaire de l'enfant à son arrivée dans le service de pédiatrie : il existe une matité de la base droite avec des crépitants dans toute aire pulmonaire droite. La radiographie pulmonaire montre une opacité de la totalité du poumon droit. Il n'y a pas de liquide à la ponction. L'examen cyto-bactériologique de l'expectoration met en évidence des grains jaunes évocateurs d'une actinomycose. L'enfant est alors traité par sulfamide et chloramphinicol intra-musculaire pendant 14 jours, puis IO jours de pénicilline orale. Une radiographie faite 6 mois après, montre la persistance de l'opacité thoracique à la base droite avec poumon normal au sommet et au hile. Mais apparaissent des lésions osseuses des cinq premières côtes antérieures droites. Il n'y a pas d'actinomycés mis en évidence dans l'étude de l'expectoration. Une biopsie des lésions cutanées est faite montrant un processus inflammatoire. Une nouvelle biopsie est faite un an après la lère hospitalisation, et la culture met alors de nouveau en évidence des actinomycés. L'enfant est alors de nouveau traité par antibiotique pendant un an au bout duquel il est guéri.

Observation N° 4 (Evrard)

Brigitte R...., née le 24.07.59 (8 ans) est fatiguée en juin 67, anorexique. En novembre l'asthénie et l'anoxérèse s'aggravent, apparition de vomissements et de sueurs nocturnes. Elle se plaint de douleurs thoraciques à la base de l'hémi-thorax gauche. Il n'y a aucun trouble respiratoire. A l'examen clinique de novembre 67, on observe : une disparition de la souplesse rachidienne dorso-lombaire avec une contracture des muscles de la gouttière latéro-rachidienne gauche et une attitude scoliotique à concavité gauche. Une discrète voussure visible de profil à la partie postérieure de la base thoracique gauche et à la région supérieure de la fosse lombaire. La palpation de cette voussure entraîne des douleurs vives, alors que la respiration et la toux sont indolores. Il n'y a aucun signe d'inflammation locale. Une matité franche de cette région avec une diminution du murmure vésiculaire, à l' auscultation il n'y a pas de souffle, pas de frottements pleuraux. Il n'y a aucun trouble neurologique retrouvé aux membres inférieurs, mais il existe une hyperesthésie cutanée à la piqure dans le territoire douloureux dessinant une bande en hémi-ceinture située entre $D_{10} - L_1$. L'examen abdominal est normal. L'enfant est fébrile : 37°5 - 38. Les examens complémentaires montrent : la radiographie du thorax révèle une opacité de la base thoracique gauche, débordant le bord gauche du coeur, arrondie à bord supérieur convexe, à contours flous, de tonalité irrégulière. De profil, cette opacité se projette sur le médiastin postérieur.Les radiographies du rachis et les tomographies ne montrent aucune lésion squelettique. La cuti est négative. Il existe une hyperleucocytose à 12.000 polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation

est accélérée : 124 à la lère heure, 135 à la 2ème heure. Une ponction de la voussure thoracique est faite, mais blanche. Le diagnostic posé alors est celui d'une tumeur du médiastin postérieur, probablement d'origine neurogène et maligne à cause des troubles de l'état général et des signes d'atteinte pariétale avec voussure. L'enfant est alors opéré le 09.II. thoracotomie latérale gauche par le sixième espace intercostal. On se trouve alors devant un aspect tumoral du lobe inférieur gauche qui adhère au diaphragme et à la paroi postérieure du thorax. La tuméfaction est dense, ferme et grise. Il ne s'agit pas d'une tumeur du médiastin. Une masse intra abdominale adhérente au diaphragme est perçue. Il s'agit de la rate. L'exérèse en monobloc est alors décidée. Les suites opératoires sont simples, et c'est à l'examen de la pièce d'exérèse et de l'examen microscopique qui permettent de faire le diagnostic : la masse pulmonaire est fibreuse, avec quelques petites zones aérées et parsemées de micro abcès grisâtre. A l'examen microscopique : les lésions pulmonaires sont surtout fibreuses, les cloisons interlobulaires sont considérablement épaissies, isolant de petites zones de parenchyme en ilôts lymphoïdes. Parfois la sclérose est plus importante. Dans le parenchyme remanié et fibreux sont disséminés de petits abcès : granulose inflammatoire avec infiltrats de lymphocytes, plasmocytes et quelques polynucléaires. Le diagnostic d'actinomycose est fait sur la constatation de nombreux grains typiques. Les colorations électives mettent en évidence le feutrage mycélin. Le traitement post-opératoire comprend une double antibiothérapie : pénicilline 4 millions, streptomycine 0,50 g. par jour. L'enfant sort au 14ème jour en bon état

général. Le traitement antibiotique est poursuivi pendant un mois. Puis pendant six mois, la pénicillino thérapie est poursuivie seule. L'enfant est revu vingt mois après l'intervention, la guérison est confirmée.

o

Observation N° 5 (Kourisky)

Une enfant, âgée de 8 ans et demi, est admise en avril 1945 pour actinomycose généralisée, remontant à juin 1943. A cette époque, devant l'opacité de la partie inférieure du poumon droit associée à de la fièvre, l'asthénie, une cuti positive, le diagnostic porté est celui d'une pleurésie tuberculeuse avec un foyer pulmonaire. En mars 1944 malgré le traitement, il n'y a aucune amélioration, et apparaît un abcès sus-épineux droit, puis un abcès de l'hémi-thorax droit. Une incision est faite. La culture du pus met en évidence des grains actinomycosiques. Le diagnostic porté, l'enfant est traité par l'iode. Aucune amélioration n'est survenue et à la fin de 1944 apparaissent six abcès au niveau du dos, des lombres et du thorax, qui sont tous incisés. Parallèlement l'enfant est fatigué, amaigri, asthénique, la fièvre persiste aux environs de 38°. Il existe une diarrhée. En février 1945, sous l'effet du traitement à la pénicilline à la dose de 1.000.000 d'unités, on note un arrêt de l'aggravation de la maladie. Lorsque l'enfant est admis, on reprend le traitement à la pénicilline pendant 15 jours. Il existe une nette amélioration clinique portant sur la température, le poids.

Puis après arrêt du traitement aggravation de l'état général et des fistules abdominales et fessières. Le traitement comprend alors thymol iode et transfusions. En novembre 1945, l'enfant est cachectique - les masses fistulisées sont multiples. A l'examen on retrouve un gros foie. L'enfant demeure fébrile. La numération formule sanguine met en évidence une anémie à 3.000.000 et une hyperleucocytose à 30.000. Le 11 janvier 1946, l'enfant est de nouveau admis pour une subocclusion. Un traitement antibiotique est entrepris : pénicilline 80.000 unités par jour, qui entraîne une nette amélioration. Le traitement est poursuivi pendant 15 jours. Puis, en mars 1946 l'enfant est de nouveau hospitalisé, reçoit 200.000 unités de pénicilline par jour, pendant 18 jours, puis 1 million par jour pendant huit jours. Sous ce traitement, l'amélioration des fistules est spectaculaire : fermeture des fistules et reprise de poids. Il s'agit donc là d'une forme chronique d'actinomycose à localisation multiple.

o

Observation N° 6 (Kourisky -Freou - Prévot et coll.)

Un garçon âgé de six ans est adressé pour tous grasse, sans expectoration avec amaigrissement en avril 1958. A l'examen clinique : l'enfant est maigre (18 Kg) un peu pâle, apyrétique. Mais le reste de l'examen est normal. La radiographie pulmonaire montre une opacité légère aux contours flous, de densité irrégulière, sous hilaire droite, sans adénopathie médiastinale. Le timbre tuberculi-

nique est négatif. L'enfant est revu cinq semaines plus tard : il a maigri de 1 kg,800 et est subfébrile : 37°8 - 38°. Il tousse souvent mais il n'y a pas d'expectoration, cependant il commence à se plaindre de gêne douloureuse au niveau de la base droite. L'examen clinique montre une diminution de la respiration hémi-thoracique droite avec une sub-matité basale postérieure, ne tournant pas dans l'aisselle avec diminution du murmure vésiculaire, sans souffle, ni râle. La radiographie montre une opacité de la base droite partant du hile descendant dans l'angle costo-diaphragmatique, noyant la coupole diaphragmatique, avec une légère opacité sous costale pleurale. Il existe par ailleurs une anémie à 3.520.000 globules rouges et une hyperleucocytose 36.400, avec 75% de polynucléaires neutrophiles . La ponction pleurale ne ramène que quelques gouttes de liquide séro-hémorragique très riche en cellules d'aspect exsudatif et transudatif. Une double antibiothérapie est entreprise : associant sulfamides et auréomycines, sans effet. On arrête ce traitement au bout de huit jours et on prescrit de la mycostatine. L'enfant demeure fatigué, avec accentuation du syndrome pleuro - pariétal. Il apparaît une collection fluctuante qui est incisée. Le pus est granuleux, riches en grains jaunes. Le diagnostic d'actinomycose à bactérium Israéli est alors porté sur l'examen du pus. L'antibiogramme montre une sensibilité à la terramycine. Le traitement comprend alors l'association terramycine, 6 comprimés per os et 2 ampoules de 250 mg. intraveineuse. L'amélioration de l'enfant est rapide. La tuméfaction disparaît avec assèchement et guérison des fistules. La durée du traitement est de un mois pour la perfusion et de deux mois pour le traitement per os.

Observation n° 7 (Damigal)

B... Gérard, âgé de six ans, est amené en consultation le 27 février 1960 par son médecin traitant pour des troubles de l'état général associés à une opacité hilaire gauche et des douleurs thoraciques d'apparition récente. Le début de l'affection est difficile à préciser, il semble remonter à décembre 1959, époque où ce jeune garçon a progressivement perdu l'appétit et maigri de plusieurs kilogrammes. La température est alors normale, et il n'existe aucun signe fonctionnel, d'ordre pulmonaire, un examen radioscopique pratiqué montrait l'existence d'une opacité hilaire et para-hilaire gauche très évocatrice du diagnostic de primo-infection tuberculeuse. Une cuti réaction fut pratiquée, elle est négative ainsi qu'une I.D.R. à IO unités. En raison de cette opacité pulmonaire chez cet enfant dont les réactions tuberculiniques sont négatives, devant l'apparition de douleurs thoraciques très intenses, l'enfant est hospitalisé. Cliniquement deux ordres de signes frappent : au point de vue général dès l'inspection, l'aspect douloureux et la pâleur de cet enfant. Au point de vue thoracique : l'existence d'une voussure évidente à la partie antérieure de l'hémi-thorax gauche. A ce niveau les téguments ont un aspect normal, mais la palpation est douloureuse sur une large zone et montre une augmentation de la chaleur locale. A la radiographie il existe une opacité para-hilaire gauche. Cette opacité dense aux limites imprécises est de siège antérieur.Elle est visible sur les coupes tomographiques 5 à 11 cm. d'un plan d'appui dorsal. Des tomographies axiales transverses mettent parfaitement en évidence le siège anté-

rieur de cette opacité distincte de l'ombre cardiaque et s'étendant du hile pulmonaire à la paroi thoracique. Sur les coupes axiales l'envahissement et la voussure de la paroi sont parfaitement visibles. Une bronchoscopie est pratiquée, qui montre une inflammation diffuse de l'arbre bronchique gauche. L'examen bactériologique des sécrétions bronchiques prélevées par aspiration, n'apporte aucun élément utile au diagnostic. Sur le plan tumoral, la numération formule sanguine montre un chiffre normal de globules rouges 4.500.000, une hyperleucocytose à 15.000, avec polynucléose neutrophile à 73% et 1% d'éosinophile. La vitesse de sédimentation est à 40 à la 1ère heure, 63 à la seconde. Le myélogramme est normal. L'examen clinique montre un bon état de la dentition, aucun foyer d'infection n'est cliniquement retrouvable. Ce sont les signes d'inflammation de la paroi thoracique, marqués par l'apparition de placards érythémateux observés au cours de la seconde semaine d'hospitalisation qui nous conduisent au diagnostic d'actinomycose et amènent à pratiquer une biopsie effectuée au niveau de la paroi. Le prélèvement montre l'existence de formation nodulaire réalisant de véritables abcès centrés par un feutrage mycilien. Pour des raisons indépendantes de la volonté des auteurs, ils n'ont pas pu procéder à l'identification de l'actinomycète par culture qui aurait permis d'identifier la sensibilité de la bactérie aux différents antibiotiques. Le malade fut soumis à une association médicamenteuse comportant : pénicilline 2.000.000 unités par jour, streptomycine I g. par jour en 2 injections, sulfamide 2g,50 par jour, I.N.H. 300 mg. par jour. Ce quadruple traitement est parfaitement toléré

et immédiatement suivi d'une amélioration portant à la fois sur l'état général, les lésions cutanées et les signes radiologiques. Il fut poursuivi pendant soixante jours, puis un traitement I.N.H. seul pendant neuf mois fut mis en oeuvre. Le 15 juin 1960, - soit après trois mois de traitement, la radiographie montre l'importance du nettoyage lésionnel. En septembre, l'image pulmonaire peut être considérée comme normale. L'enfant est revu plusieurs fois. Aucune récidive ne s'est produite.

-:-

Nous avons donc retrouvé sept cas qui présentent plusieurs points importants à souligner : le mode de début est toujours subaigu, essentiellement marqué par une altération de l'état général avec fébricule, s'accompagnant le plus souvent de signes fonctionnels pulmonaires. Dans la moitié des cas il s'agit de douleurs thoraciques, dans trois cas de toux. Dès le premier examen il existe dans trois cas des lésions cutanées inflammatoires. Une matité pulmonaire est toujours décrite lors du premier examen, à l'examen radiologique une opacité pulmonaire accompagnée de lésions costales dans un cas. Biologiquement on retrouve toujours une hyperleucocytose avec polynucléose, une anémie modérée et une accélération de la vitesse de sédimentation. Les antibiotiques employés sont le plus souvent pénicilline et streptomycine ou sulfamides. La longueur du traitement varie entre deux et un an.

Voir le tableau ci-contre résumant ces observations.

Auteurs	Age	Sexe	Prodromes	Latence	Symptomatologie	
					Clinique	Radiologique
Flynn	15	F	Douleurs thoraciques Fièvre Toux	4 sem.	Inflammation supra-axillaire et axill. Matité hémithorax D	Opacité L.S.D. Erosions costales
Freda M.Paul	8	F	Douleurs thoraciques Altération E.G. Fièvre	2 mois	Aspect inflammatoire base G Matité base G	Opacité base G Pas de lésion osseuse
Freda M.Paul	6	M	Lésions inflammatoireseet bulleuses part.thor.ant. ... Toux, expectoration	- 1 an - 3 mois	Sub-Matité base droite	Opacité de la totalité du poumon droit.
Kourilsky	8	F	Fièvre Asthénie	?	Matité base droite Cuti +	Opacité de la base droite
Kourilsky	6	M	Toux Amaigrissement	5 sem.	Fièvre Amaigrissement	Opacité de la base droite
Evrard	8	F	Asthénie Anorexie Vomissements Douleurs thorax G	?	Voussure base thoracique G Matité base G	Opacité de la base gauche Pas de lésion osseuse
Damigal	6	M	Troubles E.G. douleurs thorax	?	Lésion inflammatoire base thorax G Cuti.-	Opacité hilaire G
Laplane	6	M	Amaigrissement Fièvre Douleur épaule G	0	Masse creux axillaire G et fosse sus/ Epineuse G	Opacité 2/3 sup.hémi-th G lésions osseuses costales.

Diagnostic positif	Traitement	Evolution
Examen du pus de la région axillaire	Sulfamides et radiothérapie puis péni-sulfa	Rechute 9 mois plus tard Guérison
Examen du pus de la masse inflammatoire thoracique	Péni IV 200.000 U 4/24 h pendant un mois puis Oracilline I mois	Après traitement de 2 mois, Guérison
Examen expectoration	Sulfa-chloramphénicol 14 jours puis Péni IO jours Pendant un an antibiothérapie	au bout de 6 mois rechute Guérison
Tuberculose ponction abcès sous épineux droit	antituberculeux pendant 9 mois Iode puis Péni	traînante pendant 7 mois Guérison
Ponction collection purulente	Sulfa-Auréomycine 8 jours Teramycine 6 comprimés/24 h 500 mg/IV/24 h pendant 1 mois Terramycine 2 mois	collection purulente Guérison
Tumeur médiastinale thoracotomie ana-path.	Peni 4000 000 Strepto 0,50 g 1 mois Péni orale 6 mois	Guérison
Ponction masse thoracique gauche	Péni 2 000 000 Sulfamides 2,50 g Strepto 1g INH 300 mg 60 jours INH 9 mois	Guérison
Fonction biopsique thoracique	Péni IV 50 jours (18 000 000/24 h) Strepto IM 40 jours (2 g/24 h) Adiazine 2g et Totapen 2g 7 mois	Guérison

CONCLUSIONS

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'actinomycose pulmonaire chez un enfant de six ans.

1. Cette observation est intéressante au point de vue symptomatique et thérapeutique.

a. Symptomatique.

Le début de l'affection a été brutal chez un enfant n'ayant aucun antécédant particulier, quinze jours après un traumatisme thoracique. Elle avait une allure pseudo-tumorale avec altération de l'état général, amaigrissement, asthénie, fébricule, masse déformant l'épaule gauche.

La radiographie du thorax a montré une opacité de l'hémithorax gauche avec lésions osseuses : lyse des deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes.

Cette symptomatologie a fait alors porter le diagnostic de tumeur thoracique maligne, probablement réticulosarcome.

Une biopsie de la masse thoracique supérieure a été pratiquée et ce n'est que par l'examen bactériologique du pus prélevé lors de la biopsie que le diagnostic a pu être fait.

b. Thérapeutique.

L'évolution sous traitement antibiotique a été remarquable. Elle a confirmé la sensibilité de l'actinomycose qui obéit à cette antibiothérapie, en particulier à l'association pénicilline -streptomycine en traitement d'attaque, puis pénicilline et sulfamide en traitement d'entretien.

L'action du traitement a été spectaculaire : l'enfant était apyrétique trois jours après le début de l'antibiothérapie, avec une rapide amélioration de l'état général.

Cela souligne la nécessité d'une antibiothérapie massive d'emblée pendant un mois, et un traitement d'entretien pendant un an.

2. A propos de cette observation, nous avons fait une revue de la littérature. Nous avons retrouvé sept cas d'actinomycose pulmonaire chez des enfants âgés de six à quinze ans.

a. Cette affection est rare chez l'enfant. Elle survient chez des enfants n'ayant aucun antécédent particulier.

Elle prend une allure subaigüe.

Les problèmes diagnostiques sont variables selon l'aspect clinique de la maladie.

Dans la moitié des cas, il existe une zone inflammatoire cutanée thoracique qui permet de faire une culture de pus prélevé à l'incision.

Dans les autres cas, le diagnostic porté fut deux fois celui d'une tuberculose, dans un cas d'une tumeur thoracique maligne.

Le diagnostic fut alors porté lors de l'apparition de zones cutanées inflammatoires dans le premier cas ; par la culture du pus prélevé lors de la thoracotomie exploratrice dans le second cas.

Il n'y a donc aucun tableau clinique typique, ni de signes radiologiques thoraciques pouvant faire évoquer l'affection.

b. C'est toujours l'examen bactériologique du pus prélevé au niveau d'abcès cutanés, de la ponction ou de la biopsie thoracique, qui a permis de porter le diagnostic d'actinomycose.

c. L'évolution sans traitement se fait vers la chronicité, avec apparition de nombreux abcès cutanés, métastases, cachexie.

Le traitement antibiotique est toujours efficace, associant le plus souvent deux antibiotiques (pénicilline, sulfamides, streptomycine ou chloramphénicol).

Les doses d'attaque, la durée du traitement sont variables dans les différentes observations.

Cependant, les rechutes ne sont survenues que lorsque le traitement n'a pas été prolongé,Les rechutes sont toujours sensibles à une seconde antibiothérapie.

En fait le traitement d'attaque doit être massif, pendant un mois et ensuite on doit instituer un traitement d'entretien pendant un an.

En conclusion, l'intérêt de cette observation, ainsi que pour d'autres cas publiés auparavant, réside dans le caractère pseudo-tumoral et évolutif de son début, et l'efficacité du traitement s'il est précoce et bien adapté, mais une guérison lente à se faire et qui exige un traitement prolongé.

-:-

Vu :
Le Président :

Signé : R. LAPLANE

Vu :
Le Doyen :

Signé : P. MILLIEZ

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

1. ARZT G.H.

Résultats thérapeutiques dans l'actinomycose pleuro-pulmonaire, Bertz - Klen, Tub 1970

(n° 141 n° 3 p. 242-258)

2. DANRICAL A. Pierre C. RAVELEAU R.

Actinomycose thoracique guérie par le traitement médical.

H. Fran. de Méd. et Chir.thoraciques (Mai-Juin 1962,p.489)

3. DELARUE Jacques -

Diagnostic et traitement de l'actinomycose pleuto-pulmonaire.

Semaine Hôp.Paris (p.917-918)

4. DELARUE J. et R. ABELANET.

Anapath. des mycoses pulmonaires.

Schweiz. Méd. Ws. Chr. (14 sept.68 - 98 n° 37 1409-1435)

5. DELAVEAU - BRIOM

Traitement actuel des actinomycoses et nocardioses.

Thérap. Paris 1955 -10 n° 1 p. 87-96

6. EVRARD C.

Actinomycose à localisation thoracico abdominale.

A propos d'une observation chez une enfant de 8 ans

chirurgie Paris 1970 Mai (p. 563-568)

7. FREDA M. Paul

Two cases of thoracic actinomycosis.

Arch. Dis. Child. (Juin 1963 - 38 n° 199 p. 276-279).

8. FLYMM M.W. et FELSON B.

Manifestations radiologiques de l'actinomycose thoracique

(Poumon, plèvre, paroi)

Am. J. Roent genology (Décembre 70 - 110 n° 4 p.707-716)

9. HEITZ François

Aspects chirurgicaux des mycoses pulmonaires,

aspergilloses actinomycoses.

A propos de 9 observations Strasbourg thèse 1962,n° I7

10. KOURILSKY R. PIERON R. BOGNEL J.C. et MANECHE H.C.

Les actinobactérioses respiratoires (données bactériologiques,

physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques)

J. Fran. Méd.Chir.Thora. 1962 16.2 (p.625-70I)

11. LE LOURD R. et LE LOURD F.

Actinomycose pulmonaire pseudo-tumorale

avec foyers métastatiques cutanés, musculaires,

osseux poumon et coeur I966 - 22 n° I (p.89-103)

12. LE LOURD R. et LE LOURD F.

J. Med. Bordeaux n° I0 (p. I629-1939)

13. MAC QUAIN D.C. et MARCH

Actinomycose poumon et paroi thoracique,

Surgery 1968 - 64 n° 5 (p.905-911)

14. MANECHE H.C. -

Contribution à l'étude des actinomycoses broncho-pulmonaires Paris thèse 1961 - n° 885.

15. MARIAT et SEBALD M.

E.M.C. actinomycoses 8123 A IO.

16. PIERON R. DEMAY C.

Les actinomyses respiratoires.

Vie Méd. (thérapeutique) Mai 1967 - 48 (p. 721-741)

17. PRINSLEY -

Actinomycose pulmonaire. Guérison chez un mongolin

Brit.J. tub. Janvier 1957 - 57 n° 1 (p.40-45)

18. VIDAL J. et SALAGER.

Un cas d'actinomycose de la paroi thoracique

Mars Méd.I965 - 102 n° 3 (p. 255-261)

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !